

Больничный отчёт о травме Hospital Injury Report

Данная форма отчёта должна быть заполнена пациентом или его (её) опекуном. Поставщик медицинских услуг должен направить нам заполненный отчёт по адресу, указанному внизу этой формы, или по факсу (360) 753-3077.

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------------|-------------|
| ФИО ПАЦИЕНТА | | ИМЯ РОДИТЕЛЯ (если ребёнок) | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПАЦИЕНТА (PIC) | ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА | ДАТА РОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА | ДАТА ТРАВМЫ |
| ФИО АДВОКАТА ПАЦИЕНТА, ЗАНИМАЮЩЕГОСЯ ДЕЛОМ ОБ ЭТОМ ИНЦИДЕНТЕ | | | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ | | ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ | |
| ДИАГНОЗ | | | |
| АВТОТРАНСПОРТНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ | | | |
| МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ (УЛИЦА И НОМЕР ДОМА) | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| Пациент был(а) (поставьте один вариант): <input type="checkbox"/> Водителем <input type="checkbox"/> Пассажиром <input type="checkbox"/> Пешеходом | | | |
| ФИО ВОДИТЕЛЯ АВТОМОБИЛЯ | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| ВЛАДЕЛЕЦ АВТОМОБИЛЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧЕН ОТ ВОДИТЕЛЯ) | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ВЛАДЕЛЬЦА ИЛИ ВОДИТЕЛЯ АВТОМОБИЛЯ | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА | НОМЕР СТРАХОВОГО ИСКА | | |
| ДРУГОЙ АВТОМОБИЛЬ, ВОВЛЕЧЕННЫЙ В АВТОТРАНСПОРТНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ | | | |
| ФИО ВОДИТЕЛЯ АВТОМОБИЛЯ | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| ВЛАДЕЛЕЦ АВТОМОБИЛЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧЕН ОТ ВОДИТЕЛЯ) | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ВЛАДЕЛЬЦА ИЛИ ВОДИТЕЛЯ АВТОМОБИЛЯ | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА | |
| НОМЕР ДОМА, УЛИЦА | | ГОРОД | ШТАТ |
| | | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА | НОМЕР СТРАХОВОГО ИСКА | | |

